

# 予 防 接 種 依 頼 書 交 付 願 (市役所提出用)

年 月 日

下田市市民保健課長 様

(保護者)

住所

氏名

印

下記により定期予防接種を受けたいので申請します。

## 記

被接種者 (予防接種を受ける方)	住 所	下田市
	(よみがな) 氏 名	
	生 年 月 日	令和 年 月 日
保 護 者 氏 名		被接種者との続柄 ( )
保 護 者 連 絡 先 電 話 番 号		
滞 在 先	住 所	〒
	電 話 番 号	
今 回 希 望 す る 予 防 接 種 の 種 類	B型肝炎(1、2、3)回目 ロタウイルス(1、2、3)回目 ヒブ1期初回(1、2、3)回目・1期追加 小児用肺炎球菌1期初回(1、2、3)回目・1期追加 四種混合1期初回((1、2、3)回目・1期追加 BCG 麻しん風しん混合(1期・2期) 水痘(1回目・2回目) 日本脳炎1期初回(1回目・2回目)・1期追加 その他の定期予防接種 ( )	
接種を希望する医療機関	【医療機関名】 【住 所】〒 【電 話 番 号】	
理 由 医師の指示がある場合は、 病名・担当医師名も記入して ください。		